

37
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

POUR LE

No

2

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre PILLIÈRE DE TANOARN

Né le 23 janvier 1900, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

**OSTÉITE DIFFUSE NÉCROSANTE AIGÜE
DES MAXILLAIRES**

OSTÉOPHLEGMONS DIFFUS

Travail du Service du Professeur SEBILEAU

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

2
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre PILLIÈRE DE TANOUARN

Né le 23 janvier 1900, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

**OSTÉITE DIFFUSE NÉCROSANTE AIGÜE
DES MAXILLAIRES**

OSTÉOPHLEGMONS DIFFUS

Travail du Service du Professeur SEBILEAU

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène.	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET . . .	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
BROCQ . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHABROL . . .	Pathologie médicale.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC . . .	
DEBRÉ . . .	Hygiène.
DOGNON . . .	Physique.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
HESSINGER . . .	Pathologie médicale.
JARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
KATELLIER . . .	Pathologie chirurgicale.
KARVIER . . .	Pathologie médicale.
KEITZ-BOYER	Urologie.
KOVELACQUE	Anatomie.

MM.

HUTINEL . . .	Pathologie médicale.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ(Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . . .	Obstétrique.
MONDOR . . .	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie
QUENU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils . .	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RA-	
DOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

USQUET	Pharmacologie.
JÉNIOT	Obstétrique.
QUEUX	Obstétrique
VEU-LEMAIRE	Parasitologie.

MM.

REFTERER . . .	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.
ZIMMERN . . .	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .		MOCQUOT . . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .		PROUST . . .	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde affection

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

A MA MARRAINE

Mademoiselle H. ASTIER

A CEUX DES MIENS QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière -
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je le prie de recevoir ici avec l'expression de mes sentiments très respectueux l'hommage de ma plus vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a témoignée pendant mon séjour de près de cinq années dans son service de Lariboisière.

Je lui demande aussi de bien vouloir agréer mes plus vifs remerciements pour les leçons que j'ai pu retirer de son enseignement clinique si précieux et dont le souvenir pour moi restera inaltérable.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FLAVIEN BONNET-ROY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital St-Michel

*Qui m'a suggéré l'idée de cette thèse et
n'a cessé de me donner des marques
de sa bienveillante amitié.*

*Je suis heureux de pouvoir lui expri-
mer ma profonde reconnaissance
pour l'aide si efficace que j'ai tou-
jours trouvée auprès de lui et dont
j'ai reçu des preuves presque quoti-
diennes.*

*Je ne pourrai oublier les conseils de
son savoir et de son expérience qu'il
a bien voulu me prodiguer et qui
m'ont sans cesse dirigé dans la voie
que j'ai choisie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL TRUFFERT

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Bon-Secours

*Je ne saurai trop lui exprimer ma
profonde reconnaissance et mes sin-
cères remerciements pour sa bien-
veillante sympathie. J'ai toujours
trouvé auprès de lui des conseils ju-
diciaux et éclairés, soutien moral
qui a doublé pour moi la valeur de
son enseignement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE WINTER

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

*Que je tiens à remercier particulière-
ment pour l'intérêt si bienveillant
qu'il m'a toujours témoigné et qui a
bien voulu me faire bénéficier de sa
grande expérience.
En témoignage de ma profonde grati-
tude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur P. RIBIERRE (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur GOSSET.

Monsieur le Docteur A. FLORAND (*in memoriam*).

Monsieur le Docteur WIART.

Monsieur le Docteur F. RAMOND.

Monsieur le Docteur SOULIGOUX.

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE.

Monsieur le Professeur LEGUEU.

*En souvenir de l'enseignement qu'ils
m'ont donné.*

MONSIEUR LE DOCTEUR H. P. CHATELLIER

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

Hommage de ma sincère gratitude.

A MM. les Docteurs

CORNET, CARREGA,

DUFOURMENTEL, MIEGEVILLE, VALAT, CHENET,

HARBURGER (*in memoriam*), BUREAU, MELIK.

*Remerciements les plus sincères pour
leurs conseils prodigués avec tant
d'amabilité.*

A MES AMIS

INTRODUCTION

Depuis plus de quatre ans que nous sommes Externe dans le Service du Professeur Sebileau, nous avons toujours été vivement intéressé par les graves complications des accidents dentaires que nous avons pu observer.

Nous avons pensé que ce que l'on appelait ostéomyélite n'était qu'accident dentaire compliqué comme jadis adénophlegmon n'était que le plus souvent ostéophlegmon dont la cause unique et nécessaire était une dent cariée.

Nous attachant à ne prendre que des cas que nous avons pu observer, opérer, ou voir opérer nous-même, nous avons étudié les accidents graves d'origine dentaire, ces cas où l'affection, au lieu de se cantonner, de se limiter pour atteindre du foyer les plans superficiels : ostéophlegmon simple, semblait vouloir diffuser aux tissus osseux environnants, c'est ce que nous appelons : *l'ostéophlegmon diffus*.

Nous efforçant de limiter la vraie ostéomyélite des maxillaires, nous avons étudié successivement les cas où l'affection ayant un point de départ dentaire s'éten-

dait à une grande partie du système dentaire, en amenant souvent la perte sur une ou plus ou moins grande étendue.

Cette affection, *pyorrhée aiguë* du Professeur Sebileau, nous a particulièrement retenu. C'est surtout elle que nous avons eu en vue dans notre thèse.

Avant de citer les cas typiques observés au maxillaire supérieur, au maxillaire inférieur, nous avons cité les symptômes qui nous avaient frappés, les complications que nous avons observées, le diagnostic que nous faisons, le traitement qui nous avait semblé le mieux réussir.

Nous avons cité quelques cas particuliers, et c'est ainsi que nous avons été amené à étudier rapidement :

L'ostéophlegmon diffus développé aux dépens d'une dent de sagesse inférieure où l'infection frappait fortement l'os, amenant parfois des pertes considérables de celui-ci.

A l'ancienne conception de nombreux auteurs faisant entrer dans l'ostéomyélite des maxillaires :

l'ostéomyélite,

l'ostéopériostite d'origine dentaire, nous opposerons :

1° l'ostéomyélite vraie des mâchoires ;

2° l'ostéopériostite.

1. — L'OSTÉOMYÉLITE VRAIE DES MACHOIRES

C'est une septicémie à localisation osseuse.

C'est elle que l'on trouve dans toute sa pureté frappant les individus de six à 12 ans, touchant le maxillaire supérieur ou le maxillaire inférieur comme elle toucherait le fémur ou le tibia, mais plus rarement. Si le microbe qui cause cette terrible affection peut être le bacille d'Ebert, le pneumocoque, le streptocoque, l'ostéomyélite des adolescents, véritable furoncle de la moelle, est due presque toujours au staphylocoque.

La porte d'entrée du microbe, comme pour l'ostéomyélite du fémur, comme pour l'ostéomyélite du tibia (se superposant parfois à celles-ci), la porte d'entrée du microbe passe inaperçue : parfois ce sera une érosion sur le corps que l'on incriminera, tantôt elle sera secondaire à un foyer d'infection éloigné : à un furoncle,

un anthrax, un foyer broncho-pulmonaire : presque fatalement, elle est exclusivement déterminée par une infection d'origine sanguine.

Elle pourra survenir au cours d'une sante florissante, au cours d'une maladie infectieuse générale : fièvre typhoïde, grippe, fièvre éruptive, fièvre éruptive de l'enfance, à la convalescence : citons celle de la scarlatine.

Il aura fallu parfois une circonstance, une cause occasionnelle pour déterminer cette terrible affection, tantôt *une carie dentaire* où l'on voudra voir la porte d'entrée de l'affection, tantôt un choc plus ou moins violent, tantôt et surtout ce sera l'éruption des dents qui sera la cause occasionnelle.

Le développement des dents, l'éruption des deux dentitions successives, la tardive éclosion de la dernière molaire qui peut n'apparaître que dans l'âge adulte, prolongent considérablement la période de formation, mais on observe des ostéomyélites chez des enfants très jeunes, avant l'éruption des dents de lait, chez les nourrissons de quelques mois : le professeur Auguste Broca cite par exemple le cas d'un nourrisson dont les accidents d'évolution dentaire commencèrent à l'âge de six semaines, et sur lequel à l'âge de 9 mois dut être enlevé un séquestre en connexion avec les couronnes incluses de l'incisive latérale et de la première molaire temporaire droite.

Mais alors, de même que l'ostéomyélite du fémur ou du tibia frappe avec prédilection une certaine région de l'os ; la région juxta-épiphysaire, la même frappée

lorsqu'il s'agit d'un os long, de même les maxillaires, qu'on les considère comme des os longs, qu'on les considère comme des os plats, sont toujours frappés au même endroit, c'est-à-dire à l'endroit d'accroissement de l'os : en effet comme l'ont montré le Professeur Auguste Broca et le Dr Delucq le bulbe dentaire peut jouer alors vis-à-vis du microbe infectant, le même rôle localisateur que le cartilage de conjugaison et l'on peut noter ainsi qu'il existe des ostéomyélites ayant des rapports avec l'évolution des dents.

II. — OSTÉOPÉRIOSTITE DES MAXILLAIRES

Nous avons parlé de l'ostéomyélite des mâchoires.

À côté, s'en différenciant totalement, l'ostéopériostite des maxillaires. Nous ne parlerons ici que des ostéopériostites d'origine dentaire, éliminant d'emblée les ostéopériostites d'origine chimique (Phosph.).

Ainsi que l'ont montré le Professeur Sebileau et le Docteur Truffert, une carie dentaire conduit à l'*ostéophlegmon*.

Le 1^{er} stade de l'infection est la monoarthrite apicale qui peut se compliquer d'abcès sous-gingival par ostéite du rebord alvéolaire : il s'agit alors toujours d'une dent morte, c'est-à-dire à pulpe gangrenée (4^e degré), soit que cette dent soit ouverte (une carie du 3^e degré qui s'est transformée) soit qu'elle soit fermée (dent morte, suite de traumatisme, d'infection générale, etc...).

L'abcès peut devenir térébrant : l'infection se fait de

proche en proche (s'il n'y a pas atteinte des tissus gingivaux de voisinage il n'y a jamais répercussion sur l'appareil lymphatique).

Un foyer se constitue, lequel a tendance à s'ouvrir à l'extérieur, les tissus mous avoisinants se prennent à leur tour : c'est l'ostéophlegmon, ostéophlegmon simple ; le pus tend à se faire jour à l'extérieur : signe important : l'infection ne touche pas aux dents voisines mais, gagnant l'extérieur, semblera vouloir épargner le tissu osseux, décollera le périoste, infiltrera les tissus : un abcès se collectera, s'ouvrira :

intrabuccal, c'est fréquent,
cutané, c'est plus rare ;

Ainsi que le Professeur P. Sebileau l'enseigne, ainsi que le Docteur Truffert l'a démontré dans sa thèse :

Toute dent cariée peut donner naissance à un ostéophlegmon, à condition que cette carie à pulpe gangrenée, soit une carie du 4^e degré. A une période prodromique ou de monoarthrite apicale, ne tarde pas à faire suite l'ostéophlegmon.

Deux cas peuvent se présenter par exemple au maxillaire inférieur : le pus à point de départ dentaire peut se faire jour à *la face externe du maxillaire* ; il peut se faire jour à *la face interne* ; il peut y avoir des formes mixtes.

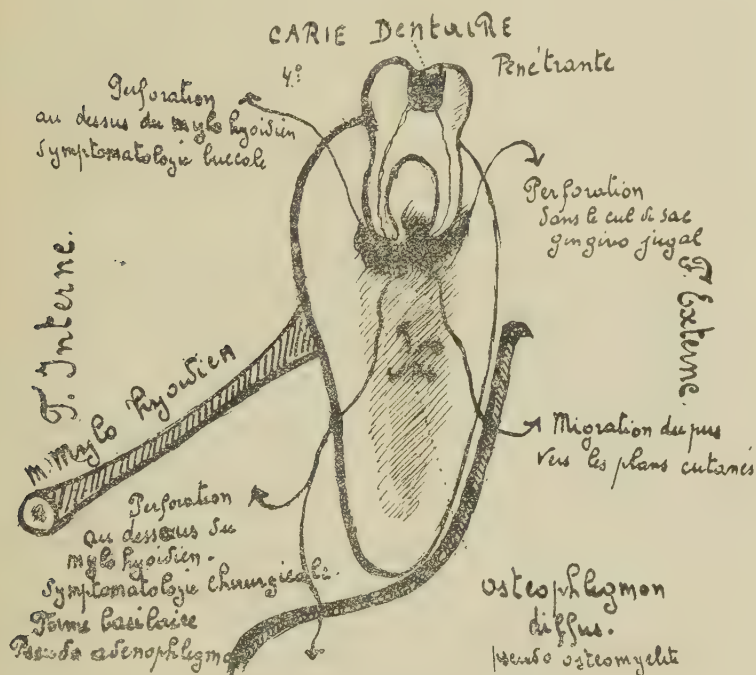
I. — Se fait-il jour à la face externe du maxillaire ?

La collection peut-être buccale si elle tend à s'ouvrir dans le sillon gingivo-jugal.

Mais elle peut être cutanée si la migration de pus se fait au dessous du sac gingivo-jugal.

II. — Supposons que la collection s'ouvre à la face interne du maxillaire.

On notera deux cas suivant que la collection puru-



Les divers ostéophlegmons du maxillaire inférieur

Inspirés des leçons cliniques du Professeur Pierre SEBILEAU
et de la thèse du Docteur P. TRUFFERT

lente se fait jour au-dessus ou au-dessous du mylo-hyoïdien :

α) Elle se fait jour au-dessus du mylo-hyoïdien, on a affaire à une collection buccale qui s'ouvrira dans la bouche ;

§) Qu'elle se fasse *au-dessous du mylo-hyoïdien*, la collection bas située va se faire jour vers les plans cutanés, vers le cou : elle s'ouvrira plus ou moins loin du bord inférieur du maxillaire, bien qu'elle soit toujours en rapport avec le foyer initial par un plus ou moins large trajet : c'est un *ostéophlegmon inférieur*, chirurgical proprement dit et non purement dentaire comme le précédent : c'est *l'ancien adénophlegmon* dont il se distingue par l'anatomie pathologique, les signes cliniques, l'évolution et le traitement.

Parfois, cette collection s'ouvrira à quelque distance du point de départ, peu importe : qu'il s'agisse du maxillaire supérieur ou du maxillaire inférieur, une dent a été le point de départ d'un véritable abcès osseux, abcès osseux circonscrit, limité, qui s'est fait jour à l'extérieur.

Son évacuation a donné lieu à une issue de pus, le séquestre a été l'exception, si nous entendons sous ce nom un séquestre de volume assez important, c'est :

L'OSTÉOPHLEGMON SIMPLE CIRCONSCRIT.

A côté de cet ostéophlegmon simple, bénin, se trouve L'OSTÉOPHLEGMON DIFFUS, qui est à celui-ci ce que le phlegmon diffus est au phlegmon circonscrit.

Pouvant survenir chez tous, enfant, adulte, vieillard, nous ne prendrons que des cas survenus chez des sujets de plus de quatorze ans : nous citerons des exemples survenant chez des sujets de plus de 52 ans.

La cause occasionnelle : un choc souvent, une anesthésie locale parfois ; quelquefois cet ostéophlegmon diffus se développera aux dépens d'un foyer d'ostéite,

suite de fracture ouverte et nous pourrions citer le cas d'un ostéophlegmon diffus survenant à la suite d'un violent traumatisme du maxillaire inférieur ayant déterminé d'abord une fracture ouverte, puis un phlegmon diffus.

Nous pourrions également citer le cas d'un infirmier qui était tombé sur la face et qui vit les jours qui suivirent se développer un ostéophlegmon diffus du maxillaire supérieur : nous reviendrons sur ce cas.

Quoi qu'il en soit, le plus souvent, ainsi que l'ostéophlegmon, l'ostéophlegmon diffus a pour point de départ une dent et une dent morte, qu'elle soit cariée ou non, mais cariée le plus souvent, semblant être la porte d'entrée du microbe dans ce cas.

Au contraire, de l'ostéomyélite vraie qui frappe presque exclusivement le maxillaire inférieur, l'on rencontre des ostéophlegmons diffus au maxillaire supérieur comme au maxillaire inférieur ; toutes les dents peuvent en être le point de départ : incisive, canine, prémolaires et molaires, au maxillaire supérieur comme au maxillaire inférieur.

Nous n'envisagerons qu'à peine les causes prédisposantes générales qui agissent en modifiant le terrain, en diminuant la résistance de l'os : citons les intoxications endogènes, diabète, mal de Bright, maladie par carence, Nous avons décidé d'éliminer les intoxications exogènes : phosphore, mercure, acide chromique, arsenic, rayons X, radium. Mais nous insisterons sur la notion du terrain. Il semble bien certain que deux infections semblent

favoriser le développement de cette ostéite nécrosante : je veux parler de la *tuberculose* et surtout et *avant tout* de la *syphilis*.

Microbiologie

Et maintenant la cause déterminante : le microbe quel est-il ? ostéomyélite des mâchoires égale staphylococcie, ostéophlegmon simple égale encore staphylococcie mais si le staphylocoque est fréquent, fréquent aussi est le streptocoque : souvent il semble y avoir association.

Nous avons fait des examens de pus d'ostéophlegmon diffus. Nous avons fait faire des autos vaccins avec le pus recueilli : là encore nous avons trouvé des staphylocoques, des streptocoques, des fuso-spirilles ; nous avons pu mettre en évidence la présence d'anaérobies.

Ces microbes, on les trouve normalement dans la bouche : il faut donc croire que dans certains cas leur virulence peut s'exalter.

Les anaérobies sont les microbes de la carie, ce sont les microbes que l'on trouve près d'une pulpe gangrenée : est-ce cette association du staphylocoque, venant par exemple par voie sanguine et des anaérobies à point de départ dentaire et se surajoutant à cette première infection : la théorie est séduisante : elle a été soutenue.

Quoi qu'il en soit, l'ostéophlegmon diffus, comme l'ostéophlegmon simple, a un point de départ dentaire et une dent morte (nous verrons une seule exception, l'ostéophlegmon diffus survenant dans certains cas autour d'une dent de sagesse inférieure).

Anatomie pathologique

Qu'elle qu'ait été la dent en cause, l'infection s'étend rapidement soit en décollant le périoste, soit en utilisant le canal dentaire au maxillaire inférieur, se comportant alors comme « le canal médullaire d'un os long » : c'est le cas fréquent lorsqu'il s'agit d'une affection développée aux dépens d'une dent de sagesse inférieure.

• *La nécrose est l'aboutissant à peu près constant de cet ostéophlegmon diffus* : mais le séquestre varie de dimensions.

Nombreux et peu étendus dans les formes d'ostéophlegmons diffus communs, dans l'ostéophlegmon diffus suite de dent de sagesse, les séquestres peuvent être nombreux et parfois fort étendus. On voit ainsi la mortification de la branche horizontale, de l'angle, de la moitié du maxillaire inférieur, de tout le maxillaire inférieur.

On sait que l'aspect du séquestre varie avec l'évolution : lisse et uni quand la nécrose a été très rapide ; rugueux, recouvert d'ostéophytes dans les nécroses à marche lente.

L'os détruit par la nécrose est remplacé à la mâchoire inférieure par un os nouveau d'origine périostique, tandis qu'à la mâchoire supérieure, la régénération est nulle.

Broca a défini les caractères de l'os nouveau.

Le périoste est réduit du côté du bord supérieur de l'os aux minces bandelettes interalvéolaires qui sont très rapidement détruites par la suppuration : par

suite, détaché de ses insertions supérieures, il se rétracte et ne tapisse plus que le bord inférieur et la moitié inférieure des faces du maxillaire ; l'os nouveau aura la forme de gouttière ouverte en haut, logeant le séquestre dans sa concavité, gouttière moitié moins haute que l'os ancien.

Lorsque la nécrose a détruit tout le corps de l'os, le périoste décollé et attiré en arrière par les muscles géniens, donne naissance à un arc osseux nouveau, plus court, moins courbe et moins haut que le maxillaire ancien et situé en arrière de lui dans sa concavité.

Enfin, dans les cas de nécrose totale, branche horizontale, branche ascendante, l'os nouveau est plus court que l'os ancien et l'angle de la mâchoire est effacé : le maxillaire néoformé décrit dans son ensemble une courbe à convexité inférieure qui se décompose en deux angles peu marqués : l'un postérieur répondant à l'angle normal, l'autre antérieur répondant à l'union de l'os ancien et de l'os périostique.

Nous n'avons pas l'intention d'insister sur les lésions de l'appareil dentaire, ni sur les lésions des maxillaires ni sur les lésions périphériques, lésions semblables à celles que causent l'ostéophlegmon commun.

Cliniquement, *schématiquement* cet ostéophlegmon diffus revêt deux formes :

1° L'OSTÉOPHLEGMON DIFFUS commun pourrait-on dire, c'est-à-dire ayant pour *point de départ une dent quelconque* située au maxillaire inférieur ou au maxillaire supérieur ;

2° L'OSTÉOPHLEGMON DIFFUS ayant pour *point de départ* la dent de sagesse inférieure et présentant à ce titre des caractères bien distincts.

Examen clinique

Et d'abord voyons :

Ostéophlegmon diffus commun (Observation 1).

Ostéophlegmon diffus ayant pour point de départ une dent quelconque, et prenons comme type de description ce cas observé par nous le 13 avril 1927 : nous recevions à la salle Bertin, Monsieur G. 52 ans.

Jadis il avait fait procéder à l'extraction de quelques dents : 2 prémolaires gauches et 1^{re} molaire gauche, canine et 1^{re} molaire droite, le tout au maxillaire inférieur.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il avait fait extraire la 2^e prémolaire inférieure droite qui, disait-il, était fort douloureuse depuis quelques jours et cette extraction avait été pratiquée sous anesthésie locale et naturellement le malade *accusait cette anesthésie* de tous ses maux.

Dans les jours qui avaient suivi, la douleur s'était encore exacerbée, survenant sous forme de crise et plus particulièrement la nuit, douleur irradiant à l'oreille, rendant la mastication douloureuse, *résistant à tous les calmants*.

L'alvéole avait sécrété un peu de pus, tandis qu'apparaissait une tuméfaction gagnant de proche en proche, tuméfaction légère sur la face externe du

maxillaire inférieur, tuméfaction intense sur la face interne de ce maxillaire.

Ici, la tuméfaction s'étendait au plancher de la bouche repoussant la langue : cette tuméfaction remontait sur le voile donnant à la luette un aspect œdématisé.

Elle se manifestait au niveau de la région sous-maxillaire et sus-hyoïdienne où l'on pouvait palper une tuméfaction dure et douloureuse.

Jusque là on était en présence de signe d'un banal ostéophlegmon.

Voyons à présent ce qui l'en différenciait.

Nous avons dit que la dent extraite était la 2^e prémolaire inférieure droite, le lendemain et le jour suivant :

la 1^{re} prémolaire droite,

la centrale et la latérale droite,

la centrale et la latérale gauche,

la canine et la 1^{re} prémolaire gauche étaient particulièrement douloureuses à la percussion et cette douleur s'étendait de proche en proche.

L'infection ne se contentait pas de gagner l'extérieur comme dans l'ostéophlegmon simple, *elle diffusait : successivement, les unes après les autres, elle ébranlait les dents douloureuses, 1^{re} prémolaire, centr. et lat..*

La tuméfaction déformait les sillons gingivaux mais, signe capital, qui différencie l'ostéophlegmon diffus de l'ostéophlegmon simple, outre cette tuméfaction, on notait l'apparition de pus entre l'alvéole et la dent ébranlée.

De même que *les dents s'étaient ébranlées les unes après les autres de proche en proche, le pus était apparu suin-*

tant entre la dent et l'alvéole, l'une après l'autre; et l'on pouvait noter l'existence de dents saines baignant dans du pus : par l'alvéole de la dent extraite fusait du pus : la muqueuse était boursouflée, décollée, créant des clapiers où sortait du pus.

VÉRITABLE PYORRHÉE ALVÉOLAIRE AIGÜE, ainsi qu'a définie le P^r Sébilleau cette terrible affection : pyorrhée aiguë, car cet envahissement de proche en proche peut être extrêmement rapide.

Les stades douleur, ébranlement, pus se propageant dans les deux sens : en avant, en arrière, peuvent amener la perte d'une grande partie du système dentaire en moins de quarante-huit heures et c'était le cas dans notre observation. Un stylet introduit par l'alvéole et par un des nombreux pertuis d'où s'échappait le pus forçant le malade à cracher constamment, arrive sur un os frappé à mort ; signalons un léger trismus, une odeur fétide de l'haleine, une langue recouverte d'un enduit saburral et épais.

Signalons que nous avons noté l'anesthésie de la région mentonnière. Le W. était négatif ; l'examen des urines avait été négatif. L'état général était mauvais : la température oscillait entre 38,6 et 39°. Signe très important et fréquent dans l'ostéophlegmon diffus, *le pouls était à 150.* (Planche I, fig. I).

Que ce soit au maxillaire supérieur, que ce soit au maxillaire inférieur, outre le mauvais état général, *ce qui caractérise l'ostéophlegmon diffus commun, CETTE PYORRHÉE ALVÉOLAIRE AIGÜE, c'est cette atteinte large du système dentaire et des parties ostéopériostiques adjacentes.*

Pronostic

Quel doit être le pronostic d'une pareille affection.

Pronostic fonctionnel : mauvais quant aux dents, l'affection peut s'étendre à toutes les dents d'un maxillaire et en déterminer la chute et le P^r Sebileau cite l'exemple d'une infirmière du Val-de-Grâce, fille de médecin, dont la presque totalité des dents de la mâchoire inférieure est tombée en l'espace d'une quinzaine de jours : si l'intervention améliore considérablement les phénomènes fonctionnels et généraux, le pronostic fonctionnel doit être toujours réservé : malgré la précocité de l'intervention, malgré les sacrifices consentis, d'autres dents voisines peuvent être touchées à leur tour, l'affection pourra continuer son œuvre destructive. Combien de dents seront sacrifiées : nous ne le savons.

Dans l'exemple cité, nous avons dû cueillir à la pince : sept dents.

Ces dents ont été frappées à mort : elles ne sauraient réagir au chaud ou froid.

Les tissus environnants ont été touchés eux aussi : ostéite-myélite, mais ce qui caractérise cette forme, c'est que l'infection, en s'attaquant à la région alvéolaire, a rencontré de l'os compact.

La partie alvéolaire sera lésée mais là se cantonnera l'affection, épargnant la région basilaire le plus souvent.

L'affection s'est étendue en surface.

Le pronostic vital ? pas trop mauvais dans cette forme

d'ostéophlegmon diffus ; si nous avons affaire à un sujet non taré, un traitement bien conduit devra pourtant atténuer rapidement la gravité des phénomènes généraux.

Traitement

Il y a pour ainsi dire un traitement préventif de l'ostéophlegmon diffus : nous n'insisterons pas. Pratiquer correctement, *sans brutalité*, l'avulsion dentaire en respectant l'alvéole, et en se gardant de conserver non traitée toute dent cariée.

Cette extraction doit être pratiquée correctement, proprement, mais il faudra redouter plus particulièrement les dents avec abcès, ostéophlegmon : craindre en pareil cas l'*anesthésie locale* et surtout *fortement adré-nalinée* que le malade sera tenté d'accuser de tous ses maux : lui préférer l'anesthésie tronculaire ou plutôt même l'*anesthésie générale* : chlorure d'éthyle par exemple.

L'extraction terminée, on pourra *curetter légèrement* l'alvéole, compléter l'opération par un attouchement de l'alvéole à la teinture d'iode, y adjoindre des nettoyages au bœck de l'alvéole malade avec une solution antiseptique mais avant tout, prescrire des lavages fréquents de bouche surtout après les repas.

L'ostéophlegmon diffus est-il déclaré :

Retirer d'abord la cause, le point de départ de l'affection et le plus rapidement possible, si cela n'a pas été déjà fait.

Les phénomènes généraux sont graves : 2, 3, 4 dents

branlent, déchaussées comme poussées par le pus. Tuméfaction gingivale, parfois tuméfaction sous-cutanée.

Le traitement ici est le même que pour tout ostéophlegmon, inciser là où il y a du pus ; le pus a-t-il gagné la surface cutanée, inciser la surface cutanée, c'est exceptionnel. *Par contre, inciser jusqu'au périoste la face externe*, la face interne des maxillaires, qui est boursoufflée, tuméfiée, incision qu'on maintiendra ouverte les jours suivants, incision suivant l'arcade dentaire.

On devra *sacrifier les dents qui sont irrémédiablement perdues* : 2... 3..., c'est-à-dire celles qui, laissent échapper entre elle et l'alvéole du pus : ce n'est qu'à ce prix qu'on obtiendra la rémission des phénomènes généraux : on pourra conserver les dents extrêmes peu ébranlées, prêt à les sacrifier si les phénomènes inflammatoires semblent s'étendre : *il est exceptionnel que nous ayons vu des dents branlantes se consolider* : jamais, nous n'avons vu des dents présentant cette pyorrhée se consolider.

Cette opération sera naturellement pratiquée sous anesthésie générale : le chlorure d'éthyle par exemple ou même le chloroforme s'il existe un trismus serré.

Ces avulsions seront toujours complétées d'un *léger curettage du foyer* qui ramènera presque toujours une multitude de petits séquestres, mais il est bien entendu que ce curettage n'aura la prétention ni de limiter, ni de dépasser la lésion.

Est-on conduit par l'affection ? on ne la dépassera jamais : c'est ainsi qu'en curettant le maxillaire supé-

rieur on peut être amené à pénétrer dans le sinus : on ne curettera pas ce sinus.

Nous ferons suivre ce curettage d'un écouvillonnage à l'iode.

Et alors les phénomènes généraux disparaîtront presque immédiatement : la température de notre malade de 39° passait à 37°,8 ; le pouls de 150 descendait à 80. Il se sentait soulagé.

Naturellement nous associerons à ce traitement chirurgical, *un traitement médical* : bains de bouche chloralés, attouchement des dents avoisinant le foyer avec du *bleu de méthylène*, avec une solution de *novar dissoute dans de la glycérine*, lavages de bouche fréquents, attouchements fréquents.

Nous pourrions également prescrire un traitement vaccinal.

Vaccin local : Grémy — Inava ;

Vaccin général : Propidon ; sérum anti G G ;

Mais le traitement vaccinal médical n'aura été rien s'il n'a pas été précédé d'un traitement chirurgical,

Les jours suivants on surveillera la lésion, c'est-à-dire qu'on réséquera les tissus morts, qu'on lavera les alvéoles baignant dans le pus, qu'on maintiendra béantes les incisions qu'on aurait eu à pratiquer.

On aidera à l'élimination des nombreux séquestres qui tendent à s'expulser d'eux-mêmes ; on procédera à l'avulsion des dents qui ne se consolidant pas, semblent retarder la cicatrisation des lésions.

Et ainsi, parfois, après des semaines, 3 semaines dans l'exemple pris pour type, le malade se présentera ayant

éliminé toute une partie de son bord alvéolaire mais ne présentant plus de fistules et pouvant être appareillé.

Il est bien certain que les dents restantes devront être vérifiées : on notera leur vitalité : la dent est-elle « morte » elle sera « traitée ».

La cicatrisation ne se fait-elle pas au bout de plusieurs semaines : *une radio* montre des séquestres.

Alors seulement, on pourra curetter assez profondément et amener la guérison du sujet.

Diagnostic

Avec quoi peut-on confondre l'ostéophlegmon diffus ?

Avec l'ostéomyélite vraie que l'on peut voir exceptionnellement à tout âge.

Avec l'ostéophlegmon localisé, avec une ostéite due à une cause chimique : nous avons d'emblée dit les caractères qui distinguaient ces affections, nous n'y reviendrons pas.

Nous traiterons du diagnostic différentiel avec la tuberculose et la syphilis.

La syphilis des mâchoires est d'un diagnostic souvent délicat : au maxillaire supérieur, elle témoigne d'une prédilection toute spéciale pour l'apophyse palatine : l'évolution et le siège des lésions sont sans relation avec la pathogénie dentaire.

Le massif incisif est aussi un lieu d'élection des gommes ostéopériostiques, manifestation habituelle de la syphilis tertiaire.

Au maxillaire inférieur, la syphilis se traduit soit

sous la forme d'hyperostose, soit sous la forme de périostite gommeuse, dont le diagnostic sera relativement facile avec l'ostéophlegmon que nous avons décrit : la gomme siège en plein os, dans la région de l'angle : son image radiographique est nette.

Le syphilome diffus revêt le type d'un ostéophlegmon diffus à allure nécrotique lui aussi, mais assez peu douloureux, contrairement à ce dernier, malgré la gravité des phénomènes locaux, s'accompagnant d'une suppuration profuse et provoquant la formation de séquestres larges, sans adénopathie et comme la forme précédente sans rapport avec l'état des dents qui peuvent néanmoins tomber tout en restant saines.

Très souvent, comme l'a montré le Dr Bonnet-Roy :

a) *Les lésions dentaires* sont susceptibles de modifier l'évolution clinique d'une syphilis des mâchoires ;

b) *Les lésions dentaires* sont susceptibles d'être modifiées dans leur évolution clinique quand elles évoluent sur un terrain syphilitique.

C'est donc dire toute la difficulté du diagnostic ; tout ostéophlegmon diffus semblant d'origine dentaire, chez l'adulte, pourra faire penser à la syphilis, qu'on ne devra éliminer qu'après avoir étudié avec soin les antécédents du malade, après avoir fait un Wassermann après réactivation, surtout s'il existe des séquestres prolongés.

Il semble que le *terrain tuberculeux* puisse être une des causes d'ostéophlegmon diffus bien que les lésions tuberculeuses osseuses soient presque toujours des lésions froides ; il existe pour le Dr Rousseau-Decelle une

forme diffuse suraiguë de tuberculose du maxillaire, caractérisée par une véritable fonte de l'os avec fracture pathologique, mais on ne l'observerait que chez les tuberculeux avérés à la période de cachexie terminale.

En présence d'une tumeur évoluant parfois assez rapidement, donnant un trismus plus ou moins serré, ébranlant les dents, donnant des fistules en pomme d'arrosoir, ayant une tendance à l'envahissement des parties molles, on devra penser à une micose, en particulier à l'*actynomicose*, pratiquer un examen, un commencement, prescrire rapidement un traitement ioduré qui fera disparaître rapidement cette tumeur. Certaines tumeurs, *épithéliomas*, *sarcomes* et en particulier les sarcomes globo-cellulaire à forme périostique surtout, évoluant extrêmement rapidement, ont pu donner l'impression d'un ostéophlegmon diffus : une biopsie a levé tous les doutes.

Le professeur Sebileau, avons-nous dit, appelle cette ostéite diffuse nécrosante : *Pyorrhée aiguë*. Par certains caractères elle ressemble à cette affection : ébranlement des dents, pus entre l'alvéole et la dent aboutissant à la chute des dents, mais combien cette pyorrhée est différente de la véritable pyorrhée, maladie chronique par excellence, survenant chez des individus aux dents saines et fortes et sans cause apparente ; nous ne pensons pas que la pyorrhée aiguë existe si, par pyorrhée nous entendons la maladie de Fauchard, c'est-à-dire chute de dents saines, par un processus inconnu à ce jour.

Et en effet Fauchard en 1746 décrivait cette affection pour la première fois :

« Il est encore une autre espèce de scorbut de laquelle je pense qu'aucun auteur n'a encore pris soin de parler et qui, sans intéresser les autres parties du corps, attaque les gencives, les alvéoles et les dents. Non seulement les gencives qui sont molles, livides, prolongées et gonflées, y sont sujettes, mais celles qui n'ont point ces vices ne sont pas exemptes de cette affection. On la reconnaît par un pus assez blanc, un peu gluant, que l'on fait sortir des gencives en appuyant le doigt un peu fortement de bas en haut sur celle de la mâchoire inférieure et de haut en bas sur celle de la mâchoire supérieure.

Ce pus sort souvent d'entre les gencives et le corps de l'alvéole, et quelquefois d'entre l'alvéole et la racine de la dent, ce qui arrive plus fréquemment à la partie extérieure des mâchoires qu'à la partie intérieure et plutôt aux dents incisives et aux canines de la mâchoire inférieure qu'à celles de la mâchoire supérieure qui sont cependant plus ordinairement affligées de cet accident que les molaires ».

On pourrait définir notre ostéophlegmon diffus pyorrhée aiguë puisque étymologiquement c'est l'écoulement de pus hors d'une ou plusieurs alvéoles dentaires, mais dans la maladie de Fauchard il n'a jamais été démontré qu'une dent cariée fut la cause de cette affection dont on ignore presque tout.

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic avec l'adénophlegmon : le P^r Sebileau et le D^r Truffert ont montré qu'il est impossible qu'une dent cariée puisse provoquer à elle seule un adénophlegmon.

Nous avons pris pour type de description, de traitement, un cas d'*ostéophlegmon survenu au maxillaire inférieur* chez un adulte de 52 ans. Nous citerons quelques observations prises au hasard et suivies par nous.

Dans tous les cas, l'examen pulmonaire et l'examen du sang et des urines ont été pratiqués. Il s'est montré négatif dans les cas cités, nous avons choisi les cas les plus typiques ne pensant pas qu'il puisse y avoir intérêt à répéter les cas semblables, nous avons écarté tous les cas suspects de syphilis ou de tuberculose : nous en avons trouvé une dizaine.

Nous n'avons pris que des cas de sujets âgés de plus de 13 ans, ce dernier cas : *ostéophlegmon du maxillaire supérieur* ne pouvant être accusé d'être une ostéomyélite.



Fig. 1



Fig. 2

OBSERVATIONS

Ostéophlegmon diffus du maxillaire supérieur

Obs. II. — Citons le cas de Mlle G, 27 ans, observation recueillie par le Dr Bonnet-Roy.

Le début de l'affection date du 20 juillet 1927.

La malade à cette époque va demander, avant de partir en vacances, d'examiner sa mâchoire.

La première prémolaire supérieure gauche est considérée comme suspecte : elle a été ouverte, dévitalisée, obturée.

L'obturation terminée, Mlle G., se plaint de signes douloureux qui cèdent dès l'ouverture de la dent, mais réapparaissent après une nouvelle obturation.

Les phénomènes inflammatoires et fébriles sont tels que l'on décide l'avulsion de la dent qui est pratiquée immédiatement.

La température persiste : on incise un abcès gingival qui donne issue à du pus mais les signes généraux ne cèdent pas. Le 31 juillet 1927, la malade est examinée par le Dr Bonnet-Roy.

Tout le procès alvéolaire, côté vestibulaire et côté palatin est recouvert d'une muqueuse violacée, décollée, bourrelet gingival d'où sort du pus.

Au niveau de l'alvéole de la première prémolaire et de l'incision de l'abcès sus-jacent, on sent au stylet la muqueuse

décollée sur une très grande étendue recouvrant un os sec, nécrosé.

Les dents voisines sont très mobiles et surtout la canine et la 2^e prémolaire gauche, les deux incisives gauches, l'incisive médiane droite : c'est, dit le Dr Bonnet-Roy, une ostéite diffuse nécrosante du maxillaire supérieur. L'opération est pratiquée en clinique par le Dr Bonnet-Roy, nous-même étant anesthésiste. Anesthésie : chloroforme. Avulsion des 5 dents mobiles : 1^{re} prémolaire gauche, canine gauche, incisive latérale gauche, incisive centrale gauche, incisive centrale droite.

On est en présence d'un os maxillaire supérieur gauche nécrosé, donnant au contact la sensation d'os mort avec au niveau de la fosse canine un pertuis qui conduit dans le sinus : on ouvre et on nettoie le sinus.

On nettoie et on vérifie à la pince gouge et à la curette le squelette alvéolaire, retirant quelques séquestres.

On résèque aux ciseaux la muqueuse en voie de sphacèle, tamponnement que l'on laisse 24 heures.

La température, qui était à 40°, cède rapidement.

Fréquemment, on procède à des lavages de la plaie opératoire puis à des attouchements au nitrate d'argent (1/50-1/30).

Dans les semaines qui suivent, à la campagne, la malade élimine quelques petits séquestres.

Elle est revue le 27 octobre en parfait état de cicatrisation. La brèche du sinus est formée et on envisage la pose d'un appareil.

Obs. III. — Le 14 octobre 1926, Mme G., 29 ans, se faisait extraire par un dentiste la 2^e prémolaire supérieure gauche, laquelle était couronnée et la faisait souffrir depuis quelques jours : anesthésie locale. Le 17, elle venait consulter à Lari-boisière où on l'hospitalisait salle Winslow.

La malade présente une tuméfaction gingivale sur le bord

externe du maxillaire, tuméfaction s'étendant depuis la molaire du côté gauche jusqu'à l'incisive latérale du même côté.

Il existait une tuméfaction palatine rendant l'alimentation impossible : l'état général est mauvais, le teint pâle, l'hémiface très gonflée, les paupières œdématisées, surtout à gauche.

Nous pratiquons une incision au bistouri, le long du rebord alvéolaire depuis la molaire jusqu'à l'incisive latérale gauche. Quelques gouttes de pus, mal lié, s'échappent par l'incision.

Nous pratiquons une deuxième incision : elle est palatine paramédiane : là encore s'échappe du pus d'odeur infecte.

Le 18 octobre, la tuméfaction a diminué mais si, les jours suivants, la tuméfaction de la face a diminué ainsi que l'œdème de la paupière, la tuméfaction gingivale est encore très prononcée ; cette tuméfaction boursouffle la muqueuse qui est violacée ; elle part de la première molaire supérieure gauche qui, jadis, avait été obturée et s'étend jusqu'à l'incisive latérale côté droit. Les dents sont très douloureuses, douleur provoquée à la percussion, douleur spontanée empêchant la malade de dormir : les dents deviennent branlantes les unes après les autres et, l'une après l'autre, on voit apparaître entre la dent et l'alvéole du pus fusant sous la gencive qu'il décolle, *véritable pyorrhée aiguë*.

Nous maintenons ouvertes les deux incisions pratiquées.

Aux enveloppements humides, aux attouchements au bleu, au novar glycériné, nous ajoutons du propidon.

Mais l'état général s'altère, la température : 38°5, l'anorexie complète, le pouls rapide.

Suivant le conseil de certains auteurs, nous patientons, mais le 27 octobre, devant les douleurs, la mobilité des dents, l'atteinte de l'état général, nous décidons d'intervenir et extrayons :

La dent de 6 ans gauche, plombée, la centrale, la latérale, la canine, la prémolaire, du même côté,

Nous épargnons la centrale droite qui est mobile, mais qui ne laisse pas sourdre de pus dans son alvéole.

Nous curetons les alvéoles et iodons.

Dès le 28, la malade se trouve soulagée, la tuméfaction diminue : la température descend à 38°, elle s'alimente.

Les jours qui suivirent, la température redevint normale ; tuméfaction gingivale et palatine s'atténue rapidement.

On curette, on nitrate les jours suivants.

Quelques petits séquestres s'éliminent et la cicatrisation des gencives est observée 15 jours après l'intervention.

Obs. IV. — Citons encore le cas du jeune C., que le Professeur Sebileau admettait dans son service le 19 novembre 1927.

Agé de 13 ans, de santé assez délicate, ses parents avaient fait examiner sa bouche avant ses vacances, par un dentiste habile praticien : le dentiste avait obturé provisoirement l'incisive centrale supérieure droite qu'il avait traitée. L'enfant n'avait rien signalé lorsqu'au début de la semaine précédente, il avait reçu un violent choc sur la face.

Quelques jours après, il était pris de violentes douleurs irradiant à toute l'hémi-face droite : la température était élevée, une tuméfaction était visible déformant l'hémi-face droite.

Le vendredi 18, le chirurgien-dentiste consulté procédait à l'avulsion d'une centrale droite horriblement douloureuse, brânlante et cariée, ainsi que la latérale du même côté, saine mais branlante.

Le samedi 19, devant l'état du malade, il le conduisait au Professeur Sebileau.

L'enfant, très pâle, paraissait fatigué, son pouls était rapide, sa température 38.

L'examen du maxillaire supérieur nous montrait par les alvéoles des dents extraites, un écoulement purulent. Une

tuméfaction manifeste comblait le sillon gingival droit, s'étendant au palais jusqu'au milieu de la voûte palatine qu'elle déformait.

La gencive œdématiée, décollée, laissait suinter au collet des dents de tout le maxillaire droit un pus jaune, verdâtre, ces dents qui étaient mobiles étaient très douloureuses.

Séance tenante, sous chlorure d'éthyle, nous procédons à l'avulsion des 4 dents les plus mobiles et les plus douloureuses.

Canine, 1^{re} et 2^e prémolaires, dent de 6 ans droite.

Nous laissons la dent de 12 ans du même côté et la centrale du côté gauche, tout en formulant des réserves sur leur consolidation future : on ne voyait pas de pus sourdre à leur collet. Un curettage léger de la région ramenait quantité de petits séquestres.

Dès le lendemain l'état général était amélioré, l'enfant s'alimentait, la température et le pouls étaient redevenus normaux : la tuméfaction que l'on avait vu déformer l'hémi-face s'atténuait ; diminuaient également les tuméfactions gingivale et palatine.

Nous fîmes tous les deux jours une piqûre de sérum antistaphylococcique sous-cutanée (Gremy).

Et également dans l'intervalle un sérum, local (Inava), tous les jours nous touchions les gencives avec du bleu et du novar glycérimé.

Les jours qui suivirent l'enfant élimina de nombreux séquestres.

Le 5 décembre, un curettage léger sous anesthésie au chlorure d'éthyle était pratiqué, ramenant de nombreux séquestres.

Le 15 février, la dent de 12 ans ne s'étant pas consolidée, amenant parfois une tuméfaction de la joue, nous procédons à l'avulsion suivie d'un curettage de l'alvéole.

1^{er} mars, l'enfant revu pouvait être appareillé.

Nous pourrions citer de nombreux cas. Contentons-nous de rappeler encore le cas d'un infirmier C. Armand, 22 ans, il s'était heurté la face sur la barre d'un escalier. Un hématome semblait s'être déclaré.

Obs. V. — Un dimanche de mars 1928, appelé en salle, nous sommes en présence d'un malade qui déclare souffrir épouvantablement.

L'hémi-face, la paupière gauche sont œdématisées, l'inférieure surtout.

Un examen buccal montre une denture supérieure parfaite : pas la moindre carie, seulement la centrale supérieure gauche est *une dent morte*, comme nous nous en rendons compte par sa teinte : elle baigne littéralement dans le pus, la gencive est boursouflée du côté vestibulaire, mais aussi du côté palatin déformant le palais : la température est à 39°5.

Extemporément nous pratiquons l'avulsion de la centrale gauche, sans anesthésie aucune.

Le lendemain, la latérale du même côté, la canine, les deux prémolaires, la molaire du même côté s'ébranlent. Nous pratiquons une incision le long du bord gingival et le long du bord palatin côté gauche, il s'écoule un peu de pus, mais la température se maintient à 39°, malgré le traitement, bains de bouche, bleu ; les douleurs sont intolérables. Propidon.

Le lendemain, le mardi, nous extrayons ces dents, c'est-à-dire : latérale, canine, 1^{re} prémolaire, et curettons légèrement. Les douleurs disparaissent, la température descend à 37°5.

Les jours qui suivent, nous curettons légèrement, nous pratiquons des attouchements, mais après 3 semaines, sommes réduits à sacrifier la 2^e prémolaire. Malade est revu en bon état, prêt à être appareillé,

Nous avons cité des *ostéophlegmons diffus d'origine dentaire*, survenant au maxillaire supérieur. Nous avons pris pour type de description un ostéophlegmon diffus apparu au maxillaire inférieur.

Ostéophlegmon diffus du maxillaire inférieur

Citons encore quelques cas d'ostéophlegmons diffus apparus au maxillaire inférieur.

Obs. VI. — Observation publiée par les D^r Bonnet Roy et Winter. O. R. L. Internationales, février 1926.

En avril 1925, entrant à la Salle Riolan, Mademoiselle A. J., 19 ans, vendeuse. Le 1^{er} avril 1925, un dentiste avait extrait sous anesthésie locale à la suite de phénomènes inflammatoires et douloureux la dent de 6 ans inférieure droite qu'il avait soignée plusieurs semaines durant, mais la douleur avait persisté, extrêmement violente et si le 3 avril il semblait s'agir d'une ostéopériostite banale, on était frappé par le gonflement gingival considérable intéressant le rebord alvéolaire jusqu'aux incisives bien que particulièrement importante au niveau de l'alvéole de la dent extraite ; la muqueuse boursouflée, violacée, laissait sourdre du pus.

Toutes les dents de l'hémi-maxillaire inférieur droit sont douloureuses et branlent.

La température qui est de 40°4 fait décider l'intervention qui est pratiquée le 3 avril sous chlorure d'éthyle. Incision large de la muqueuse face labiale du maxillaire pour ouvrir une collection constatée, ouverture qui amène un peu de pus.

Pourtant l'état général demeure grave ; la température atteint toujours 40°.

A présent les prémolaires gauches sont elles-mêmes douloureuses et mobiles ; entre l'alvéole et la dent s'écoule du pus. La gencive est tuméfiée, violacée, le trismus augmente mais le plancher de la bouche est souple. Le signe de Vincent est positif.

Durant cette véritable pyorrhée aiguë, suivant l'expression du Professeur Sebileau, on institue un traitement local et vaccinal. Le traitement local s'étant montré inefficace on pratique devant la gravité de l'état général, toujours sous chlorure d'éthyle, une deuxième intervention.

On pratique l'alvulsion de toutes les dents comprises entre la dent de sagesse inférieure droite que l'on respecte jusqu'à la seconde prémolaire inférieure gauche, que l'on extrait ; ces dents, ne présentant aucune carie, sont véritablement cueillies la plupart à la pince de Kocher.

On curette jusqu'à l'os sain et l'on résèque une partie des gencives, on continue le Propidon.

L'état général s'améliore, la température baisse et retombe rapidement à 37°, mais il persiste des clapiers purulents d'où s'éliminent de petits séquestres.

Ces clapiers éliminent ainsi des séquestres jusqu'en juin ; à cette date, on pratique à froid le curettage des zones qui suppurent, pratiquant également l'extraction de la dent de sagesse inférieure droite qui était douloureuse et mobile ; on curette également l'alvéole. On amorce un traitement anti-syphilitique qui ne donne rien.

La malade quitte alors le service : elle aurait semblé guérie s'il n'était resté 2 petites fistules donnant un peu de pus au niveau du bord postérieur du rebord alvéolaire.

Là s'arrêterait l'histoire de cet ostéophlegmon diffus s'il n'était survenue en octobre une complication que nous étudierons tout à l'heure.

Obs, VII. — M. Ch. Br. ., Salle Wieussens, n° 2, 22-ans, employé T. C. R. P. (Observation résumée).

Début il y a 8 jours par douleur dentaire au niveau du maxillaire inférieur après l'extraction de la dent de 12 ans droite.

Formation d'un abcès qui, bien qu'ouvert ; s'est rapidement diffusé ; pas de lésions dentaires.

Les dents de l'hémi-maxillaire inférieur droit : incisives médianes, incisive latérale droite, canine, 2 prémolaires, dent de 6 ans sont mobiles, saines d'apparence, baignant dans un foyer de pus qui s'écoule par un véritable clapier gingival.

La dent de 12 ans manque : par l'alvéole sort du pus, la dent de sagesse paraît intacte.

Le bord basilaire et la table externe du maxillaire au niveau des prémolaires, canines et incisives latérales droites répondent à une réaction inflammatoire des parties molles.

Opération le 17 septembre 1926. — Avulsions des dents mobiles à la curette et extraction, en même temps de séquestres nombreux. Le foyer ostéotique est très intense au niveau des prémolaires et des incisives : en ce point, l'évidement est complet et ne laisse subsister que les deux tables. La température de 38 tombe à 37°2.

24 septembre 1926 : Suppuration modérée, quelques parties osseuses ayant tendance à se séquestrer, ce qui se produit les semaines qui suivent.]

Malade revu et guéri prêt à être appareillé.

Obs. VIII. — M. F..., 42 ans, greffier d'expertise.

Le 25 septembre 1928 vient consulter pour une tuméfaction de l'hémi-face droite.

Il suinte au niveau d'une dent extraite les jours précédents (jadis traitée) quelques gouttes de pus.

Curettage de l'alvéole.

Le 27, le malade se plaint d'une sécrétion purulente exagérée : l'alvéole de la dent extraite laisse sourdre du pus en assez grande quantité.

La température atteint 38°2.

L'empâtement de la région comprise entre la joue et l'arcade dentaire est marqué. On incise alors le long du maxillaire inférieur et il s'échappe par la plaie du pus.

On prescrit des bains de bouche et propidon.

Il ne semble pas réagir au propidon et le 29, la température est de 38°2 : l'empâtement de l'hémi-face est toujours marqué par l'alvéole de la dentjadis extraite ; par l'incision pratiquée dans le sillon gingivo-lingual il s'échappe toujours du pus, mais à la face externe du maxillaire, près de l'angle de la mâchoire, on sent une tuméfaction, rouge, fluctuante, douloureuse.

On pratique alors une incision de 5 centimètres le long du bord inférieur du maxillaire inférieur, pus ; on maintient un drainage, et on prescrit toujours propidon et bain de bouche.

La température se maintient toujours à 38° et le 4 octobre on note la mobilité anormale de toutes les dents restantes du maxillaire inférieur droit.

Ces dents sont atrocement douloureuses.

Il s'échappe du pus entre la gencive et les dents branlantes.

Nous pratiquons alors l'extraction : des 2 prémolaires, de la canine, de la latérale et de la centrale. Le tout du côté droit.

Nous conservons la centrale et la latérale gauche qui branlent très légèrement, puis nous curetons doucement la région malade, le curettage ramène de nombreux séquestres, un surtout, assez volumineux situé près de la symphise mentonnière.

Ecouvillonnage à l'iode de la région malade.

Les jours suivants l'état du malade s'améliore considéra-

blement, le suintement purulent diminue. La plaie extérieure se referme : les dents branlantes se consolident : il s'élimine encore spontanément quelques petits séquestres.

Le 17 octobre, nous pratiquons encore un léger curettage de la région afin de hâter la cicatrisation.

Le 1^{er} novembre le malade est revu, prêt à être appareillé.

Obs. IX. — Le 18 septembre 1928, M. K. Jean, 37 ans, garçon de recette entrainé à la salle Wieussens.

Sa température était très élevée 40°. Son état général mauvais : le pouls très rapide et faible : une tuméfaction considérable déformait son héli-face droit.

Par l'alvéole de la dent extraite les jours précédents : première prémolaire inférieure droite, s'écoulait abondamment une sérosité purulente.

La dent de 12 ans, la deuxième prémolaire, la canine, la latérale droite, le tout au maxillaire inférieur, baignaient littéralement dans le pus.

Avulsion des dents branlantes, léger curettage.

Incision le long du maxillaire inférieur, au niveau de l'angle de la mâchoire. Il s'écoule un pus très abondant.

Les jours suivants, la température descend à 39°, l'état général s'améliore.

Par la plaie externe s'écoule du pus en abondance, pus verdâtre, liquide.

Il se forme à droite près de la symphyse mentonnière une fistule que nous curetons et qui ramène des séquestres.

Le 20 octobre : la plaie externe et la fistule se sont taries

Le malade après avoir éliminé de nombreux séquestres spontanément en présente encore quelques-uns que nous nous apprêtons à curetter afin de hâter la cicatrisation lorsqu'il décède accidentellement (Pl. I, fig. 2).

Il est certain que nous avons envisagé des cas simples : les formes cliniques d'ostéophlegmon diffus sont innombrables :

Suivant l'étiologie, le microbe : staphylo, strepto, fusospirille, anaérobies, etc. :

Suivant la cause : anesthésie, fracture, choc ;

Suivant l'âge ;

Suivant le terrain : diabétique, néphrétique ;

Suivant la dent considérée.

Formes d'après l'anatomie pathologique : la lésion peut être localisée au rebord alvéolaire, elle peut siéger au bord inférieur du maxillaire, elle peut au contraire gagner la profondeur.

Suivant l'aspect clinique : l'ostéophlegmon peut gagner les tissus sous-cutanés et forcer à inciser extérieurement des collections développées à la face externe des maxillaires, surtout lorsqu'il s'agit du maxillaire inférieur.

Suivant l'évolution : il existe des formes aiguës, suraiguës, d'autres évoluent plus lentement : *ostéite diffuse nécrosante lente*.

Certaines *agissent par poussées* : l'affection semble se réveiller.

Il existe des formes compliquées : complications parfois bénignes, complications parfois mortelles ; c'est dans cette forme d'ostéophlegmon diffus l'exception, cette forme étant le plus souvent bénigne.

Complications

Voyons quelques-unes des complications observées.

Obs. X. — Mlle J..., dont nous avons cité l'observation tout à l'heure entrain à l'hôpital pour une tuméfaction douloureuse, considérable de la région angulo-maxillaire : la région parotidienne était infiltrée et dure : il s'écoulait du pus au niveau de l'orifice du canal de Stenon, quand on pressait sur la tuméfaction parotidienne.

Peu à peu, les phénomènes inflammatoires s'amendèrent, une petite saillie se collecta un peu en avant de la mâchoire : la peau rougit : cette collection du volume d'un œuf de pigeon paraît plaquée sur une zone indurée profonde et semble localisée : l'incision de cette collection ganglionnaire semble-t-il évoluant d'une façon froide, survenant après une parotidite manifeste fait sortir du pus épais, caséux : on arrive dans une poche bien limitée ne communiquant avec aucun foyer osseux, paraissant sans connection avec la parotide.

L'examen du pus montra quelques cocci et du staphylo. La culture donna du staphylo.

Nous avons vu comme complication des fractures :

Fractures spontanées, fractures provoquées, fractures du corps du maxillaire, fracture du col du condyle, etc.

On peut voir l'envahissement de l'articulation temporo-maxillaire (cas cité par le Dr Dufourmentel) amenant secondairement une ankylose de l'articulation : comme les complications que nous allons citer, elles ne sont pas le propre de l'ostéophlegmon diffus : on les rencontre également dans l'ostéophlegmon simple bien que plus rarement.

Nous renvoyons à la thèse du Dr Truffert pour les

complications des ostéophlegmons : myosite suppurée du masseter ou du temporal, abcès de la fosse temporale.

Périphlébite et thrombophlébite de la veine faciale ou de la jugulaire.

On a pu voir des ostéophlegmons se compliquer d'abcès encéphalique, de méningite.

Enfin on a noté parfois des hémorragies foudroyantes d'origine carotidienne ou jugulaire.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre sur les séquelles. Nous dirons simplement un mot sur une complication redoutable de l'ostéophlegmon diffus, amenant fréquemment la mort du sujet atteint de cette redoutable affection :

Le Pr Sebileau a insisté sur les différentes formes de septicémie buccale, survenant le plus souvent chez des sujets débilités, dues le plus souvent à une hypervirulence des microbes, en particulier à la présence d'anaérobies : septicémie buccale sans détermination anatomique ; septicémie lympho-phlegmoneuse du cou avec syndrome de l'angine de Ludwig.

Nous en avons rencontré dernièrement un exemple.

Obs. XI. — Dernièrement venait consulter un jeune étudiant qui s'était fait extraire en ville, une dent de sagesse inférieure droite.

Il présentait avec un facies assez pâle, un pouls rapide et petit, la température était de 39°8.

A l'examen un trismus assez marqué était visible.

On notait un empâtement de toute la région sus-hyoïdienne, empâtement assez dur et surtout marqué du côté de la dent extraite.

Le plancher de la bouche n'était pas envahi, pourtant nous fûmes frappé du fait que le malade déclarait ne pouvoir absolument pas avaler même les liquides, symptôme d'intoxication bulbaire.

Une large incision de la région sus-hyoïdienne amenait l'écoulement d'un liquide séro-purulent : le foyer fut largement ouvert.

Des irrigations continues, du sérum anti-gg. local et général n'amènèrent pas d'amélioration d'un malade qui mourut trois jours après son entrée à l'hôpital.

Le Pr Sebileau a également insisté sur la septicémie phlébo-phlegmoneuse avec ses 2 types forme phlébique simple, forme phlébo-phlegmoneuse.

Certains auteurs ont insisté sur les complications de la pyophagie, complications rénales, cardiaques, respiratoires, nerveuses ; déficience de ces organes, intoxications, abcès métastatiques : nous n'y reviendrons pas.

FORME ASSOCIÉE

Il est bien certain que l'ostéophlegmon diffus peut être associé à d'autres affections, évoluant chez un tuberculeux, chez un syphilitique et nous citerons ce cas que l'on peut considérer comme un ostéophlegmon diffus mais qui a pour particularité une marche *plus lente*, et surtout qu'elle survient chez un syphilitique.

Obs. XII. — Citons le cas de M. Ch., 42 ans, garçon charcutier (observation du Dr Valat).

Le 26 mars 1924, le malade a souffert au niveau de la canine gauche qui est cariée.

Le 28 mars, extraction de canine inférieure gauche et latérale inférieure gauche. Le dimanche suivant 30 mars, apparition d'une tuméfaction dure, adhérente à l'os, douloureuse spontanément et à la pression, la température est à 40°.

Intervention du Dr Valat. Ouverture verticale de l'espace sus-hyoïdien médian. clivage des deux mylo-hyoïdiens, ouverture d'un ostéophlegmon dentaire à point de départ incisif latéral et canine gauche ; dents antérieurement extraites : curettage des cavités alvéolaires, drainage extérieur. Température : 38 à 40°.

Le 4 avril, on constate l'extension de l'ostéite vers la ligne

médiane d'une part, vers la partie postérieure du maxillaire d'autre part.

Extraction de l'incisive médiane et d'une molaire gauche. Excision gingivale : ébarbage de la gencive, curettage du maxillaire inférieur. Propidon. Cyanure tous les jours. Novar deux fois par semaine.

Le 9 avril, trismus, ostéophlegmon à l'angle gauche du maxillaire. On procède à l'extraction des deux dernières molaires gauches inférieures : curettage, nettoyage à la gouge de tout le foyer d'ostéite.

En outre, débridement d'une fistule purulente à droite.

Le 25 avril, le processus d'ostéite gagne le côté droit.

Extraction de toutes les dents inférieures droites qui baignent dans le pus. Curettage du maxillaire à la pince gouge. Lorsque toutes les lésions d'ostéite sont enlevées, il ne reste plus de l'angle à l'autre que la table interne du maxillaire inférieur.

OSTÉOPHLEGMON DIFFUS ET DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

Nous avons donc cité des exemples d'ostéophlegmon diffus où les lésions, qu'elles soient au maxillaire supérieur comme au maxillaire inférieur, se contentaient de détruire sur une très grande surface le bord alvéolaire, aboutissant à la perte de nombreuses dents saines, amenant par la suite la production d'un grand nombre de séquestres plus ou moins volumineux.

Il est un ostéophlegmon diffus qui revêt un aspect particulier et qui nous force à en faire une description tout à fait différente : c'est l'ostéophlegmon diffus développé au *niveau d'une dent de sagesse inférieure et cariée*. Là, il est plus rare que la lésion se propage en surface : elle se propage en profondeur, la lésion fuse dans la profondeur amenant des séquestres volumineux : l'angle de la mâchoire, la branche montante, parfois tout le maxillaire inférieur. Le système dentaire souvent est moins touché que dans la forme de l'ostéophlegmon diffus commun, mais *l'os est toujours touché plus profondément*.

C'est que la dent de sagesse est plus rapprochée du bord basilaire du maxillaire : combien la structure du

maxillaire à cet endroit est différente de la structure du même maxillaire au niveau d'une centrale ou d'une prémolaire.

Ici nous n'avons plus que du tissu spongieux, presque pas d'os compact.

La dent est souvent incomplètement sortie : elle est entourée de tissu spongieux : l'infection n'a qu'à se déclarer : elle trouvera terrain facile à son développement.

Par sa situation même, son rapprochement du canal dentaire, elle trouvera encore une voie facile de diffusion.

Aussi, la description clinique en est-elle toute différente, bien qu'il s'agisse toujours de complications dentaires.

Nous en citerons trois exemples :

1° Un ostéophlegmon diffus limité ; complication de dent de sagesse cariée ;

2° Un ostéophlegmon diffus, ayant abouti à la nécrose d'une grande partie du maxillaire, complication de dent de sagesse cariée ;

3° Un ostéophlegmon diffus, ayant abouti à la nécrose complète de ce maxillaire, après avoir eu pour point de départ la dent de sagesse.

Voyons d'abord le premier cas :

Obs. XIII. — C'est celui que présente M. Roger M., 30 ans, qui vient consulter à l'hôpital pour une tuméfaction considérable de la région angulo-maxillaire, tuméfaction remontant en haut jusqu'à l'arcade zygomatique s'étendant en avant jusqu'à la région mentonnière.

La dent en cause est difficile à examiner tant le trismus est serré : elle est très cariée.

Le sillon gingivo-jugal disparaît.

Une incision faite le long du rebord maxillaire inférieur n'amène pas de pus : la température est à 39° : le malade souffre atrocement.

Sous anesthésie, on procède à l'extraction de la dent de sagesse en cause, ainsi que sa voisine, la dent de 12 ans inférieure gauche qui semblait fortement ébranlée : pas de pus.

La température persistant, le pouls rapide, l'état général mauvais, on pratique sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle une incision externe le long du maxillaire inférieur qui ne ramène que peu de pus mal lié : mèche, compresses chaudes, vaccins : les jours qui suivent le pus devient plus abondant : la tuméfaction diminue faiblement, l'état général s'améliore.

Mais l'incision se rétrécit.

Plusieurs fois, on est obligé d'augmenter cette ouverture, on curette le foyer par la voie interne, par la voie externe.

Une radiographie montre la région angulaire floue.

Devant la tuméfaction, le mauvais état général, le suintement abondant et continu que donnaient les fistules externes et buccales, les petits séquestres, le Dr Truffert opère ce malade le 7 avril 1927 : longue incision le long du maxillaire inférieur, ligature de la faciale.

On procède à la rugine après désinsertion des muscles, à l'ablation d'un gros séquestre comprenant presque tout l'angle de la mâchoire : seul un très faible pont osseux assure la réunion.

Un curetage dans la direction de la branche montante ramène quelques petits séquestres : on vide un abcès situé à un travers de doigt de l'arcade zygomatique.

Mèche iodoformée, tube de Carrel.



La cicatrisation s'opère normalement.

Revu le malade en mai guérison.

Un W. pratiqué plusieurs fois se montre toujours négatif.

Autre exemple très résumé.

Obs. XIV. — Madame M..., 32 ans, se fait extraire une dent de sagesse cariée droite le 2 juillet 1928.

Le 10 juillet nous incisons le long de l'angle de la mâchoire un énorme ostéophlegmon qui suppure abondamment pendant plusieurs semaines laissant une fistule dans les semaines suivantes.

Le 6 août par voie buccale nous curetons le point de départ de l'affection, constatant la nécrose de la plus grande partie de la branche montante gauche du maxillaire inférieur.

Nous faisons prendre les empreintes de peur de fracture, faire une radio et le 22 août pratiquons un curettage par voie externe : nous ramenons de nombreux séquestres ; la région curettée, nous constatons qu'il n'existe de la branche montante droite que la partie toute supérieure : coronée et condyle raccordés au corps du maxillaire par un pont inférieur osseux de un demi-centimètre de largeur (Planche II).

Obs. XV. — 2° Ostéophlegmon diffus ayant abouti à la nécrose d'une grande partie du maxillaire inférieur (communication faite lors de la semaine dentaire 1928 par le Dr Bonnet-Roy). Odontologie, mai 1928.

M. D ..., 37 ans, le 7 octobre à la suite de tentative d'extraction de la dent de sagesse inférieure droite présente des signes d'infection nette avec température à 39°6.

Extraction de la dent sous-anesthésie générale.

La température ne tombe pas et le 9 octobre monte à 40°7 :

on fait une première injection intra-veineuse de septicémine.

Les jours suivants apparaît une tuméfaction considérable de la région mandibulaire avec tendance de la courbe à prendre le type pyohémique, 38° le matin, 39°5 le soir.

Le Dr Bonnet-Roy voit le malade le 13 octobre à 12 h. 30. Température 39°6. Tuméfaction de la région mandibulaire droite étendue à toute la face avec tension des téguments :



Tracé du moulage du séquestre enlevé

pas de fluctuations : trismus intense : pouls petit, mal frappé malgré les toni cardiaques administrés depuis plusieurs jours.

A 18 heures, opération sous-anesthésie générale : l'incision des téguments donne issue à un liquide séro-purulent très fluide contenant des débris sphacelés : l'hémostase ne peut être faite que par des pinces à demeure.

L'exploration du maxillaire montre une surface déperiostée étendue de l'angle de la mâchoire à la région de la canine. On place un drain qui réunit au niveau de l'angle la cavité buccale à la plaie extérieure.

Le lendemain matin la température est à 38°8, 38°3 le soir et reste au-dessous de 39° jusqu'au 18 octobre. La plaie

suppure, la cavité buccale est propre, mais on constate des signes de réaction néphrétique alarmants.

Le 15 octobre la malade délire, pouls médiocre, urines rares.

La situation est rétablie le soir après une injection de sérum hypertonique.

Le 18 la température remonte à 39°1 et 39°3. Le malade présente des signes de réaction péri-néphrétique avec empâtement douloureux de la région.

La température reste entre 38 et 39° jusqu'au 22 bien que ces phénomènes disparaissent.

On remarque alors un ébranlement de toutes les dents du maxillaire inférieure droit jusqu'à l'incisive médiane.

Le 22, en raison de ces accidents locaux et de la persistance de la température on décide de pratiquer l'extraction de toutes ces dents ébranlées, sous anesthésie générale.

On constate au cours de l'intervention que l'os correspondant n'a aucune tendance à la réparation et reste dépériosté, isolé dans le foyer de suppuration, malgré un très bon drainage. Après l'extraction des dents, la température tombe et ne dépasse plus 38°4 pendant huit jours. Elle reste ensuite au-dessous de 38 pendant 9 jours. Néanmoins le trismus persiste et le rebord alvéolaire de l'os malade est noir, d'aspect nécrotique et semble mobile. La muqueuse n'a aucune tendance à adhérer à l'os et reste flottante avec aspect bourgeonnant.

Le 11 novembre, au soir la température atteint 39°2 : la joue droite est gonflée, douloureuse.

Le 13 on pratique une troisième intervention sous-anesthésie générale.

Débridement, par la joue il sort un peu de pus. On sent au doigt une fracture au niveau de l'angle mandibulaire : la curette ne ramène qu'un fragment osseux insignifiant. Par la cavité buccale, on explore le foyer osseux, et au doigt, sans effort, on extrait un séquestre énorme qui comprend

toute la branche horizontale droite de l'angle à la symphyse.

En 3 jours la température tombe à 37°1 et ne dépasse plus 37°6 le soir. On maintient le drainage. Le malade continue à suppurer assez abondamment tant par le drain que par la bouche. Lavages au dakin.

Dans la suite, la plaie opératoire diminue progressivement de profondeur, mais tend à se fistuliser. Il semble bien que le fragment de branche montante entretienne la suppuration et peut-être même comporte, à son extrémité libre, un séquestre en formation.

Le 11 janvier 1928 on décide d'intervenir à nouveau en raison de la persistance de la suppuration : réouverture de la plaie angulo-maxillaire, mise à nu de l'extrémité inférieure de la branche montante qui apparaît ostéitique sans séquestre mobile : on la curette et on l'ébarbe à la pince gouge jusqu'à l'os sain; on s'efforce de créer un champ opératoire large et aussi à plat que possible pour faciliter les pansements et éviter une nouvelle fistulisation.

La réparation se fait lentement mais aboutit à un assèchement complet de la plaie opératoire. Il subsiste encore un léger suintement séro-purulent par la bouche.

Concurremment un traitement prothétique a été instauré dans le but de pallier à la forte déviation en dedans de l'hémi-maxillaire inférieur gauche et de rétablir l'articulé entre les dents de ce fragment et les dents correspondantes du maxillaire supérieur.

L'examen des radiographies faites quelques jours après l'extraction du volumineux séquestre montre, naturellement, une perte de substance osseuse considérable. Actuellement on perçoit nettement sous les téguments une formation qui a les caractères d'une formation osseuse étendue de la symphyse à l'angle mandibulaire.

Il semble qu'il s'agisse d'une restauration due à la conservation d'une partie du périoste, restauration qui n'est pas encore suffisante pour s'opposer à la latéro déviation du frag-

ment gauche du maxillaire inférieur mais qui permet d'espérer un rétablissement fonctionnel meilleur que celui auquel on pouvait s'attendre. De nouvelles radiographies montrent d'ailleurs une réparation osseuse très nette.

3° Nous citerons, parmi quelques exemples d'ostéomyélite du maxillaire inférieur, *suite d'affection dentaire et de dent de sagesse et ayant abouti à la nécrose complète de cet os*, celui fourni par un malade entré au Pavillon Isambert le 20 juin 1923.

Obs. XVI. — Le malade entre à l'hôpital après avoir enlevé lui-même son maxillaire inférieur.

Voilà l'observation :

Au début de mars 1920, Monsieur C., 40 ans, chauffeur, ressent de fortes douleurs très vives, non continues, apparaissant presque aux mêmes heures de la journée et surtout la nuit.

Il fait extraire une dent de sagesse inférieure gauche, laquelle était cariée : l'extraction amène avec la racine attachée à celle-ci, un fragment d'os de 5 cm. sur 3 cm.

Les phénomènes douloureux qui s'étaient apaisés reprennent 6 mois après, c'est à-dire en septembre, avec une nouvelle intensité : l'alvéole de la dent extraite, qui avait laissé une fistule, suppure assez abondamment tandis qu'apparaît rapidement une tuméfaction s'étendant jusqu'à l'arcade orbitaire.

Le malade entre dans une clinique à Avallon où le chirurgien pratique un curetage.

Mais l'état général s'altère : la température oscille entre 38°8 et 39°8 : on ordonne des bains de bouche, des enveloppements humides, des piqûres de Propidon (4) qui donnent une réaction prompte et douloureuse. On pratique un 2^e curetage avec une large incision externe le long du maxillaire infé-

rieur côté gauche. Mais la suppuration est toujours très abondante, aussi bien par l'alvéole que par l'incision et cette suppuration persiste toujours aussi abondante pendant les mois suivants où le malade, devenu méconnaissable, par la tumeur, pratique des lavages, des expositions prolongées au soleil, n'amenant aucune amélioration.

Une prise de sang donne un W. négatif.

Un an après le début de l'affection, en avril 1921, apparaissent du côté droit des douleurs intolérables. Il se forme un abcès sous-maxillaire de la grosseur d'un œuf de pigeon : un médecin appelé pratique une ponction qui ramène un liquide séreux et brun.

La tumeur donne naissance à de nombreuses fistules d'où s'échappent toujours le même liquide d'odeur infecte, la tuméfaction s'est étendue, l'œdème a gagné la face interne du maxillaire, la luette est œdématiée, la faiblesse du malade extrême : impossibilité de boire et de manger, pas de trismus, toutes les dents de la mâchoire inférieure sont ébranlées. Entre l'alvéole et la dent sourd du pus : c'est alors que le patient pense qu'en extrayant les dents qui lui restent il sera un peu soulagé.

En décembre 1921, à l'aide d'une pince universelle, il extrait donc les quatre incisives, les deux canines, les quatre prémolaires, mais, si les douleurs ont quelque peu diminué d'intensité, la suppuration n'en continue pas moins ; suppuration buccale, suppuration par l'incision externe qui ne s'est jamais refermée, par les multiples trajets fistuleux.

Jusqu'en février 1922, le malade prend des bains de bouche et consulte. Enfin, il décide de s'opérer lui-même et c'est ainsi qu'il décrit son opération chirurgicale :

« Tout espoir était perdu : je me suis décidé à enlever mon maxillaire qui était complètement nécrosé. Je prends mon rasoir à lames démontables et je sors la lame du guide : je prends ma glace et je me mets en devoir d'opérer. La lame du rasoir entre le pouce et l'index, j'ai coupé tout le

pourtour du maxillaire dont les chairs étaient d'une faible épaisseur, d'un seul coup la mâchoire a perdu sa position primitive venant s'appuyer sur le thorax ; j'ai remis le pansement et ensuite j'ai introduit un coton hydrophile dans la bouche à seule fin de pouvoir appuyer avec ma langue pour permettre aux deux condyles de sortir de leur cavité glénoïde : hémorragie sans importance. De ce fait, toutes douleurs ont disparu ainsi que la suppuration ».

Le malade restant à l'hôpital Lariboisière du 20 juin 1923 au 12 août où le P^r Sebileau pratiquait plusieurs opérations plastiques.

Nous avons envisagé le traitement de l'ostéophlegmon diffus commun : celui de l'ostéophlegmon diffus consécutif à la dent de sagesse se calque sur le précédent.

D'abord et avant tout, procéder à l'extraction de la dent causale et ne pas pratiquer d'anesthésie locale.

Préférer l'anesthésie régionale ou même l'anesthésie générale, car le trismus le plus souvent est assez accusé.

On pourra curetter la région malade.

Comme dans la forme précédente, craindre des complications lorsque la douleur, loin de cesser à l'extraction, ne disparaît pas, ou même va en s'exacerbant.

Inciser les collections formées : intra-buccale, extra-buccale. Instituer un traitement local vaccinal et médical.

Soigner l'état général, vérifier les urines, analyser le sang.

Curetter la région malade et ne la curetter à fond que lorsque la région est refroidie : alors on ramènera des séquestres plus ou moins volumineux qui nécessiteront

parfois *l'appareillage du patient*, s'il existe une solution de continuité du maxillaire, une déviation, une fracture.

Quoi qu'il en soit, cette opération devra être *sous-périostée*, buccale si possible, cutanée parfois.

Nous ne reviendrons pas sur les avantages de cette opération sous-périostée où, dans les mois qui suivent, l'on assiste souvent à une régénération considérable de l'os.

Cette régénération peut parfois elle-même être trop considérable et donner, dans bien des cas des déformations du maxillaire, de véritables exostoses comme nous le vîmes plusieurs fois.

Nous avons cité des formes : suivant le lieu.

Nous avons dit que nous considérerions des formes aiguës : ostéophlegmon diffus.

Des formes chroniques, ou tout au moins plus lentes :

Il existe une forme que nous pourrions appeler *surai-guë*, que l'on pourrait considérer comme une complication des formes étudiées, c'est cette forme gangréneuse qu'il nous fut possible de rencontrer, comme complication d'une dent de sagesse.

Obs. XVII. — Le 10 octobre 1925, vint consulter Madame T. placière.

Depuis quelques jours, « elle a souffert de la gorge » et son médecin lui a ordonné des gargarismes, mais, devant un trismus qui augmente, lui conseille d'aller à Lariboisière. On constate à l'examen, difficile à cause du trismus, de gros-

ses amygdales et des ulcérations sur la table externe du maxillaire : l'haleine est fétide.

Le bouchon muqueux de la dent de sagesse est très enflammé, très rouge, cachant complètement cette dent : un stylet passé entre la dent et le capuchon revient enduit d'un liquide noirâtre, horriblement fétide.

Les ganglions maxillaires sont gros et douloureux : la malade déclare avoir la fièvre depuis 5, 6 jours.

Le capuchon muqueux est brûlé au thermo jusqu'à ce qu'apparaisse la dent de sagesse qui est cariée, pansements humides, lavages à l'eau oxygénée toutes les heures.

Le 12, le trismus s'est accusé, odeur de l'haleine repoussante, température 39°5, douleur tout le long de l'hémi-maxillaire. Entre à l'hôpital.

Le 13 sous chloroforme : nous retirons une dent de sagesse cariée, coupons aux ciseaux tout le tissu mort, enduisons les gencives et la plaie de teinture d'iode.

Retirons 2 chicots voisins du même côté, douloureux et branlants

Pansements chauds, propidon, lavage au bleu.

La température oscille entre 40°4 et 39°.

Le sillon gingivo-labial s'empâte progressivement et le doigt peut noter, s'étendant depuis l'emplacement de la dent de sagesse droite extraite jusqu'à l'incisive, une tuméfaction très dure.

Les dents sont douloureuses et branlent.

Toute l'hémi-face est boursouflée, tuméfiée, aspect cireux de la malade : Propidon, sérum anti-g. g.

Les gencives sont violacées : attouchement au bleu et au novar.

Devant la persistance de la gravité de l'état général, nous décidons d'intervenir de nouveau et pratiquons sous chlorure d'éthyle une large incision buccale le long de la face externe du maxillaire inférieur : nous insinuons une pince

de Kocher dont nous écartons les mors : écoulement d'une sérosité sanguinolente fétide. Sérum anti-g.g.

Le dimanche 18 : l'examen de la gorge révèle une ulcération noirâtre de la face interne des joues d'odeur gangreneuse, suintante ; les dents de l'hémi-maxillaire inférieur droit jusqu'à la latérale du côté gauche branlent légèrement. Il existe un empâtement diffus avec zones ulcérées au pourtour de l'alvéole de la dent de sagesse du plancher de la bouche et de la région amygdalienne.

Extérieurement, empâtement semblant fluctuant au niveau de la branche horizontale de l'angle de la mâchoire. Région sous-maxillaire libre.

Opération du Dr Winter : sous chlorure d'éthyle, incision exploratrice haute permettant de tomber immédiatement sur des muscles gangreneux noirâtres, d'odeur infecte.

Recherche infructueuse d'une collection vers la loge sous-maxillaire et en arrière vers le plancher de la bouche : pas de pus franc ; drainage, sérum anti-g.g. septicémine.

La tuméfaction augmente progressivement : la malade a toujours conservé une certaine euphonie jusqu'au 20, veille de sa mort. La tuméfaction gagne la paupière droite qui se ferme complètement. Facies plombé : température 40°.

Sphacèle buccal, mort le 21 à 9 heures.

A l'autopsie une sonde cannelée mise dans l'incision ext. et se dirigeant dans la bouche montre la communication de la plaie buccale et ext.

Tout le maxillaire inférieur droit est nécrosé.

Léger écoulement de pus marron d'odeur infecte.

L'analyse d'urine n'avait rien révélé.

Nous concluons : ostéite diffuse gangreneuse survenant chez une femme de 31 ans, à point de départ dentaire ayant amené la mort.

Le Professeur Sebilleau avait, lui-même, attiré l'attention sur des gangrènes buccales d'origine dentaire et dans un cas

analogue le professeur Lecène avait noté la présence du perfringens.

Il nous fut également possible d'observer durant notre externat une gangrène du maxillaire inférieur consécutive à la carie d'une dent de 12 ans droite : nous vîmes également une fois une gangrène du maxillaire supérieur consécutive à la carie d'une première grosse molaire supérieure droite.

CONCLUSIONS

Ainsi nous pensons ;

1° Qu'on devrait systématiquement différencier l'ostéomyélite vraie des mâchoires où les dents ne sont pour rien ou presque, dans cette terrible affection et l'ostéophlegmon dentaire où la dent à pulpe gangrenée est la cause initiale et nécessaire de l'affection.

2° Cet ostéophlegmon, quel que soit le maxillaire atteint, peut être limité, c'est la règle : ostéophlegmon simple. L'affection peut diffuser et atteindre des proportions considérables : ostéophlegmon diffus.

3° Éliminant d'emblée toute inflammation lente ou chronique, bien que les cas étudiés portent sur des sujets non atteints de syphilis nous devons reconnaître la fréquence relative de l'association ostéophlegmon diffus et syphilis.

4° Cliniquement, schématiquement, il existe deux grandes formes d'ostéophlegmon diffus à côté de formes multiples.

α) Une première, où l'affection se cantonne au bord dentaire des maxillaires, frappant l'appareil dentaire sur une plus ou moins grande étendue : une à une les dents deviennent douloureuses, s'ébranlent et sous une véritable poussée de pus sont expulsées en trois, quatre, cinq jours.

Véritable pyorrhée alvéolaire aiguë : c'est surtout le bord alvéolaire qui aura été frappé : l'os mort s'éliminera par des séquestres petits et nombreux : c'est surtout la forme étudiée.

β) A côté de cette forme, évoluant parfois un peu plus lentement, existe une forme qui frappe l'appareil dentaire sur une plus ou moins grande étendue mais où l'os est frappé profondément. C'est cette forme que l'on rencontre comme complication de la carie d'une dent de sagesse au maxillaire inférieur, déterminant parfois une solution de continuité de ce maxillaire (amenant ainsi l'appareillage), ou même la nécrose totale de ce maxillaire : c'est l'ostéite diffuse nécrosante.

5° Il est bien certain que toutes les formes cliniques sont possibles, en particulier une forme suraiguë. Les formes se confondent avec l'ostéomyélite, l'ostéopériostite, l'ostéite de certains auteurs.

6° Le traitement, en tout cas, pourra être médical et vaccinal : préventif, c'est-à-dire qu'aucune dent cariée ne devra être conservée non traitée.

Mais l'affection déclarée, il sera chirurgical.

Retirer toujours la dent causale et, le plus rapidement possible, suivre la lésion pas à pas en ne la dépassant jamais : à ce prix, le pronostic fonctionnel sera mauvais puisque l'appareil dentaire peut être fortement touché, mais le pronostic vital toujours réservé bien que rarement mortel : par suite du milieu même où se développe l'affection, il est impossible d'en prévoir l'évolution.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
PIERRE SÉBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

ATCHAM. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Thèse de Paris*, 1899 1900, in-8, n° 206, 80 p.).

BERCHER. — *Revue de Stomatologie*, 1926, n° 9, p. 540-542.

BONNET-ROY. — Syphilis des mâchoires et accidents dentaires (*Odontologie*, octobre 1923).

BONNET-ROY et R. MONOD. — Ostéomyélite du maxillaire inf. Rôle respectif de la carie dentaire et de l'évolution (*La Médecine*, octobre 1927).

BONNET-ROY et WINTER. — Communications (*Société d'Odontologie*, 1928).

BONNET-ROY et WINTER. — *O. R. I. Internationales*, n° 2, février 1926).

DE BOUCAUD et CRUCHET. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur.

A. BROCA. — *Leçons Cliniques de Chirurgie infantile*, 1902, t. I, p. 234.

CADENAT et COLA. — L'ostéomyélite de la mâchoire supérieure chez l'enfant de 2 à 19 mois (*Paris Médical*, 1926, LXI, p. 42-44).

CORNOLÉY. — Ostéomyélite aiguë de la moitié droite du maxillaire inférieur. Résection sous-périostée. Résultat (*Odontologie*, p. 30, VIII, 1924).

COPPENS. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur-phlébite

suppurée consécutive des veines jugulaires et sinus intracraniens.

DELUCQ. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur et ses rapports avec la dentition (*Thèse Paris*, 1897-1898, n° 75, 94 p.).

DUFOURMENTEL. — Ostéomyélite du maxillaire supérieur (*Revue odontologique*, juin 1925).

DUBOUCHER. — Ostéomyélite chirurgicale maxillaire inférieur d'origine dentaire (*Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, Paris, 1920, XLVI, B. 2 629. *Th. Lyon*, 1925-26, in-8, n° 55).

DUFLOY. — Des fractures pathologiques dans l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.

DUBOUCHER. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur d'origine dentaire et abcès du cerveau.

FORGUE. — *Précis (Paris)*.

FREY. — *Précis (Paris)*.

FRANÇOIS. — Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur chez les nourrissons (*Thèse Paris*, 1913-14).

GORNOUEC. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Congrès de Stomatologie*, 1927. *Revue de Stomatologie*, septembre-octobre 1927).

GRÉGOIRE. — *Revue de stomatologie*, septembre 1927, octobre 1927.

GRESSET. — Nécrose de tout le bord alvéolaire du maxillaire inférieur (*Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1924, XCI, p. 81-85).

GUILLY. — 3 cas d'ostéite du maxillaire inférieur au cours de l'évolution de la dent de sagesse (*Revue de Stom. de Paris*, 1920, XXII, p. 456).

LEBEDINSKY. — La Pyophagie. Ses complications, son traitement (1924).

LOYAUTÉ. — *Thèse Paris* (1921).

MERVILLE. — Un cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Société de Stomatologie*, 20 avril 1925).

MORESTIN. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Bull. et Mémoire Société Anat. de Paris*, 1901, LXXVI, p. 21).

MOTY. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Bull. et Mém. Soc. de chirurgie de Paris*).

NORDMANN. — Ostéomyélite larvée du maxillaire inférieur (*Loire Médicale*, Saint-Etienne, 1922, XXXVI, 452-454).

OMBREDANNE et BROcq. — *Maladie des Mâchoires* (Paris).

OMBREDANNE. — *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile*.

PASCAL. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Thèse de Montpellier*, 1899-1900, n° 54).

Précis de pathologie chirurgicale, t. I et t. II (9 agrégés).

PUIG. — Cinq observations d'ostéomyélite (*Séance de Société de Stomatologie*, juillet 1927).

SEBILEAU. — Nécrose de la totalité de la mâchoire inférieure (*Bull. et Mémoires Soc. de Chirurgie. Paris*, 1923, XLIV, p. 943).

SEBILEAU. — Cours préparatoire aux examens de Chirurgie dentaire.

SEBILEAU. — Phlegmons péri-mandibulaires odontopathiques (*Presse Médicale*, 15 mars 1921, p. 213).

SEBILEAU. — Des différentes formes de la septicémie buccale (*Presse Médicale*, 1901, n° 10).

SEBILEAU. — Société de Chirurgie. Séance 31 octobre 1917.

THÉSÉ. — 2 cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur dans sa partie mentonnière. Association probable de symbiose fuso-spirillaire.

TRUFFERT. — Diagnostic et traitement des phlegmons péri-mandibulaires d'origine dentaire (*Thèse* 1919, Paris).

WARON. — 33 cas d'ostéomyélite des mâchoires chez l'enfant (*Revue d'orthopédie* Paris, 1921).

WALTHER. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur. Séquestres volumineux (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1889, LXIV).

YOVANOVITCH (R) — L'ostéomyélite des mâchoires chez l'enfant (*Thèse de Montpellier*, 1922-1923, n° 1, 31 p.).

1928. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.

